

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1931

THÈSE

No
234

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges LÉOTY

Né le 18 mai 1906 à St-Saturnin (Cantal)

Ancien Interne des Hôpitaux de Reims

Lauréat de l'Ecole de Médecine

ÉTUDE

DES

GROSSESSES TUBAIRES

BILATÉRALES ET COEXISTANTES

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE 2

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges LÉOTY

Né le 18 mai 1906 à St-Saturnin (Cantal)

Ancien Interne des Hôpitaux de Reims

Lauréat de l'Ecole de Médecine

ÉTUDE

DES

GROSSESSES TUBAIRES

BILATÉRALES ET COEXISTANTES

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE 2

1931

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médicale-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . . . Pathologie médicale.
 BINET . . . Physiologie.
 SANMÉ . . . Chimie biologique.
 BROCC . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT. . . Pathologie médicale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FEY . . . Urologie.
 GARNIER. . . Pathologie expérimentale.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . Hygiène.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN. . . Anatomie pathologique.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI Neuro-psychiatrie.
 LIAN. . . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 MILLOT. . . . Histologie.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUENU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHTER Fils . Physiologie.
 SÉZARY. . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLÉRY-RA.
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie
 RETTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physiologie.
 BUSQUET. . . Pharmacologie.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
CHIRAY . . .	Clinique médicale.	MATHIEU. . .	Clinique chirurgicale.
DEBRE . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR. . .	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
BASSET. . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.	METZGER. . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma profonde
affection.*

A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE SALLE DE GARDE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur JEAN-LOUIS FAURE

Professeur de Clinique gynécologique
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Hommage respectueux pour le grand
honneur qu'il nous a fait en accep-
tant la présidence de notre thèse.*

A Monsieur le Docteur JEAN BILLARD

Professeur à l'Ecole de Médecine de Reims
Chirurgien des Hôpitaux

*Qui nous a donné l'idée de cette thèse
et guidé de ses conseils toujours
bienveillants.*

*Modeste témoignage de notre grande
reconnaissance.*

A Monsieur le Professeur RENÉ JACQUINET

Directeur de l'Ecole de Médecine de Reims

A MM. les Docteurs :

LARDENNOIS, DE BOVIS, TÉCHOUÉYRES,
ANDRÉ JACQUINET, MORANGE, BOUVIER, LANGLET,
LEDoux, SÉGAL

Médecins et Chirurgiens des Hôpitaux de Reims

ET A TOUS MES MAÎTRES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE

INTRODUCTION

Qu'entendons-nous par grossesses tubaires bilatérales et coexistantes ?

Pour quelles raisons avons-nous fait de ces grossesses l'objet de notre étude ?

Tels sont les deux points que nous voulons préciser avant de pénétrer plus avant dans notre sujet.

Par grossesses tubaires bilatérales et coexistantes nous comprenons les cas dans lesquels à l'ouverture de l'abdomen le chirurgien a trouvé deux trompes gravides quelle que soit la différence d'âge des grossesses constatées. Cette définition élimine donc les grossesses ectopiques bilatérales mais successives. Certes, nous dira t-on, il est bien difficile de savoir si les deux grossesses ont débuté en même temps, aussi employons-nous à dessein le terme de « coexistantes » pour bien montrer qu'elles ont été constatées à la fois, à une même ouverture de l'abdomen et que, par conséquent, elles « existent ensemble » sans que nous ayons à nous occuper de savoir si l'une a commencé avant l'autre.

Après cette définition, nécessaire pour bien délimiter notre question, il sera aisé de comprendre la raison d'être de notre étude. C'est qu'en effet, les grossesses

ainsi comprises sont tout à fait exceptionnelles et ce fut pour nous une chance inouïe d'en rencontrer une au cours de notre internat dans le service de chirurgie de notre Maître le Dr Jean Billard, de Reims. Nous en étudions l'observation au cours de notre travail : pour le moment nous voulons simplement constater la rareté des études à ce sujet.

Il faut attendre en effet l'année 1904 pour que Jayle et Naudiot publient le premier travail d'ensemble sur la question dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie* du 10 avril.

En Allemagne et en Amérique les observations sont relativement nombreuses, mais aucune étude approfondie n'est effectuée. La récurrence de grossesse extra-utérine a été signalée par Warnier, Chandler, Sens et Filhoulaud dans leurs thèses de 1901 et 1907.

L'évolution simultanée de deux grossesses, l'une dans l'utérus, l'autre en dehors, a été étudiée par Dupouy dans sa thèse de 1904.

Sauvay dans sa thèse (1906) (grossesses bilatérales successives et simultanées) ne leur consacre qu'un très court chapitre.

Enfin Launay et Séguinot ont écrit un article dans la revue de Chirurgie de 1911 (études sur les grossesses tubaires bilatérales et simultanées) qui met bien au point cette question et qui présente un grand intérêt non seulement pour la relation d'un cas de grossesse bilatérale, mais aussi pour un cas de gémellité survenue dans une même trompe, fait unique, disent les auteurs, dans les Annales de la Science.

Il est facile de voir d'après cet aperçu historique, combien les grossesses bilatérales et coexistantes sont rares, et combien elles ont été peu étudiées, cela justifie donc le choix de notre étude, surtout si l'on considère que cette rareté est encore accrue, du fait que dans nombre d'observations publiées, le contrôle histologique n'a pas été fait et c'est bien là, semble-t-il, le seul critérium à retenir.

Aussi allons-nous envisager dans notre travail, d'abord les observations indiscutables (5 cas) dans lesquelles si l'on a pas trouvé deux fœtus, l'examen microscopique a du moins montré l'existence de villosités choriales dans chaque trompe. Puis nous examinerons les observations discutables et d'une valeur relative, où aucun contrôle histologique n'est intervenu et où les constatations macroscopiques n'ont pas permis une affirmation absolue.

A. — OBSERVATIONS INDISCUTABLES

a) Observation personnelle

(prise dans le service du Dr Billard, de Reims).

Mme B..., II pare de 30 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Reims le 22 juin 1928. Elle est envoyée par son médecin avec le diagnostic de « grossesse extra-utérine rompue ».

Tous les signes cliniques sont au complet.

Les dernières règles datent du 10 avril. Elles ont duré 6 jours comme habituellement. Pas de règles ni de pertes les mois suivants jusqu'au 18 juin, date à laquelle la malade accuse une douleur très violente dans le côté droit en même temps qu'un état de faiblesse l'oblige à s'aliter.

Elle s'aperçoit qu'elle perd du sang comme si ses règles réapparaissaient et, pensant à une fausse-couche consulte son médecin qui lui ordonne le repos et les injections chaudes.

Les jours suivants les pertes chocolatées continuent. Le 21 dans la journée la malade a deux syncopes.

Elle entre à l'hôpital le lendemain matin sur l'avis

du Dr Séffert, où nous l'examinons. On est frappé par la pâleur de son teint. Les muqueuses sont décolorées. La température est à 37°5. Le poulx bat à 100. Au toucher le col est ramolli. Le Douglas ainsi que le cul-de-sac droits sont extrêmement douloureux. Le cul-de-sac gauche est occupé par une masse beaucoup moins sensible.

Le doigt ramène du sang noirâtre.

On fait le diagnostic de grossesse tubaire rompue et on intervient :

Intervention : Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie sous-ombilicale et médiane. Le péritoine est noirâtre. Il s'échappe un peu de sang liquide après son ouverture, par contre il y a surtout des caillots.

A droite : La trompe nettement gravide est fissurée à l'union du 1/3 externe et du 1/3 moyen. Il existe déjà de nombreuses adhérences avec l'épiploon et l'intestin que l'on libère prudemment.

L'examen histologique fait le 3 juillet par M. le Pr Techoueyres au laboratoire de l'Ecole de Médecine montre que l'ovaire droit présente de très nombreux corps jaune en voie de rétraction fibreuse et des villosités choriales tapissant la trompe droite.

A gauche : L'exploration explique la masse perçue de ce côté au toucher vaginal. Il s'agit d'un hémato-salpinx non rompu du volume d'une mandarine allongée.

L'examen histologique montrera :

Ovaire gauche : Corps jaune gestatif en voie d'évolution.

Trompe gauche : Très nombreuses villosités choriales

en plaques syncitiales représentant un dispositif chorial.

Hystérectomie sub-totale, fermeture de la paroi en trois plans sans drainage suites normales.

Antécédents des plus curieux : cette femme appartient à une famille de jumeaux ; sa mère, sa belle-mère et sa belle-sœur ont eu des jumeaux : la tradition familiale semble se continuer, l'hérédité n'a pas perdu ses droits, elle les a simplement transposés dans le domaine de la pathologie.

b) Autres observations

PÉLISSIER (*Echo Médical du Nord*, Lille, n° 4, 1914) :

Femme de 24 ans, opérée avec le diagnostic de grossesse tubaire droite rompue et annexite gauche.

A gauche : Nombreuses villosités constituées de cellules épithéliales en continuité avec cellules de Lang-Hans et des placards de syncythium.

A droite : Amas fibrineux emprisonnant des villosités chorales typiques implantées sur des lames conjonctives qui sont probablement des reliquats de trompes.

EARDLEY HOLLAND (*Journal of Gynecology and of the British Empire*, décembre 1912). Un cas de grossesse ovarienne bilatérale.

Femme âgée de 40 ans, nullipare, présentant des signes de grossesse extra-utérine rompue.

Intervention :

Ovaire droit, du volume d'une mandarine, renferme un gros caillot.

Ovaire gauche, présente également une cavité centrale avec caillots.

Des 2 côtés l'examen histologique reconnaît des villosités choriales.

TILLY GUDDEN (Kiel) 1 cas sur 423 grossesses extra-utérines.

A gauche : Avortement tubaire.

A droite : hématosalpinx avec villosités choriales dans les deux trompes.

MAX CHEVAL : cité par Pélissier (*Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique*, 4 octobre 1913) :

Nous n'avons pu nous procurer cette observation, la Faculté de Médecine de Paris ne possédant pas l'ouvrage de cette année. Nous nous en rapportons simplement à Pélissier qui le cite.

TENNINSON COLLIS (*Société royale de Médecine de Londres*, 6 juin 1912).

Femme âgée de 33 ans ayant eu 4 enfants et 2 fausses couches.

Opérée le 8 avril 1912 pour grossesse tubaire rompue.

A l'intervention on constate 2 grossesses tubaires.

Des 2 côtés l'examen montre des villosités choriales.

Nous avons recherché les observations indiscutables publiées dans les articles de Jayle et Naudiot et de Launay et Séguinot et nous avons tenu à les citer dans cet ouvrage :

1) NABLE (*America J. of. Obstr.*, 1901). — Double grossesse ectopique : Des 2 côtés rupture.

M. L. C... II, pare, 23 ans, opérée avec le diagnostic de grossesse extra-utérine droite rompue avec une masse à gauche du volume du poing.

A droite : Rupture d'un pouce et quart de long trouvée

sur le bord supérieur de la trompe. Le sac fœtal est entièrement désuni et libre dans la fosse iliaque. Grossesse d'environ 8 à 10 semaines.

A gauche : Hématosalpinx fissuré qui montre des villosités attachées à la muqueuse.

Grossesse de 4 semaines environ.

2) KINSTIUNS (*Revue Gyn. Chirurg.*, abd. 1903).

Femme de 30 ans, V pare, dernières règles en mars 1902.

Dans la dernière quinzaine d'avril pertes douloureuses et expulsion d'une membrane villeuse sur une face, lisse sur l'autre.

Nouvelles hémorragies le 12 mai. Opération d'urgence.

Quantité notable de sang libre dans le ventre et poche d'hématocèle plus grosse que le poing en connexion, avec la trompe gauche.

A gauche : Avortement tubaire

A droite : Hématosalpinx avec villosités choriales.

CHANDLER (*New-York medical Journal*, 1903). — Grossesse extra-utérine double.

Femme de 26 ans, nullipare, plusieurs crises douloureuses. A l'examen 2 tumeurs latérales, la gauche plus volumineuse. On fait le diagnostic de grossesse extra-utérine récente à gauche et ancienne à droite. Opération.

1) A droite : Parties fœtales et membres.

2) A gauche : Grossesse tubaire. Le fœtus est en parfait état et a succombé au moment de l'opération peu de temps avant.

JAYLE et NAUDIOT, 1904. — Grossesse tubaire bilatérale développée en l'espace de 9 mois.

T..., 34 ans, nullipare.

En janvier 1900, les règles n'apparaissent pas, mais redeviennent normales à la fin de février.

En janvier, février, mars 1903, nouvelle suppression des règles et symptômes de grossesse au début.

La malade garde le lit pendant tout le mois de mars et à la fin de ce mois apparaissent des signes de fausse couche.

En avril, disparition des douleurs abdominales et les règles redeviennent normales en mai et juin.

En juillet, août et septembre 1903, nouvelle suppression des règles avec douleurs abdominales ayant leur maximum du côté droit. La malade garde le lit pendant tout le mois.

Les douleurs devenant plus fortes, des métrorragies apparaissant et l'état général étant altéré on opère la malade avec le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue.

A gauche : Tumeur si volumineuse qu'il est impossible de l'extraire sans la rompre.

Hématosalpinx avec fœtus long de 10 cm.

A droite : Au niveau de l'extrémité externe renflée du kyste est accolé un embryon nettement reconnaissable et mesurant environ 2 cm.

Donc hématosalpinx avec fœtus appendu à la trompe.

Laparotomie, guérison.

5) BENFORD (*Med. Press and circular*, 1905). — Grossesse ectopique simultanée dans les 2 trompes.

Femme de 33 ans, III pare.

En octobre, la période menstruelle manque.

En novembre, apparition d'un écoulement sanguin quotidien.

Durant cette période, douleur constante dans l'abdomen avec exacerbations aiguës.

Malade opérée le 28 novembre après des symptômes d'hémorragie interne nécessitant la laparotomie immédiate.

A droite : Sac ectopique à l'extrémité ampullaire de la trompe avec fœtus de 38 millimètres.

A gauche : Kyste tubaire de 4 cm. de largeur et de 5,5 de

long. Plus de la moitié est occupée par un fœtus de 41 mm. de long.

Les dimensions des 2 fœtus (38 et 41 mm.) semblent indiquer qu'ils sont à peu près de la même période et que s'ils n'ont pas été conçus en même temps ils doivent l'avoir été à intervalles très rapprochés. Les fœtus correspondent à peu près à un âge de huit semaines.

6) Mc GALLA (*Surgery Gynecology and obstetrics*, 1909).

Grossesse tubaire bilatérale grossesse gemellaire.

C... B., 28 ans. A eu 8 ans auparavant une double pyosalpingite. Le 1^{er} mai 1908, métrorragies après un retard de 5 semaines. La malade subit un curettage mais les hémorragies continuent et on porte le diagnostic de grossesse tubaire.

Opération: Les deux trompes sont augmentées de volume, adhérentes; chaque trompe contient un embryon du même âge, environ 8 semaines. L'auteur cite 25 cas de grossesse tubaire bilatérale.

7) LABHART (*Gynécologie*, 1909, 17 cas).

Femme de 29 ayant fait un avortement au 7^e mois en 1905.

Signes de grossesse tubaire droite rompue.

Laparotomie: Grossesse bilatérale.

A droite: Rupture tubaire, l'œuf était au niveau du pavillon de la trompe.

A gauche: Grossesse ampullaire rompue. L'examen histologique révèle des villosités chorionales avec cellules de Langhans.

8) FINDLEY: Bilatéral Tubal pregnancy, coïncident développement.

(Nous n'avons pu nous procurer l'observation).

9) LAUNAY et SÉGUINOT. — Grossesse tubaire, triple simultanée. Extirpation des deux trompes avec hystérectomie, guérison.

Mme C..., 26 ans, nullipare. Pas de leucorrhée, pas d'avortement. Le 21 octobre 1910 violentes douleurs dans le flanc droit avec vomissements. Le médecin appelé fait le diagnostic d'appendicite aiguë. Glace et diète absolue ; mais les douleurs augmentent et l'état général devient mauvais. Elle entre d'urgence à la maison Dubois, 24 octobre. Le diagnostic d'appendicite est encore posé. Mais le 14 novembre, violente douleur dans le flanc gauche. La malade apprend alors qu'elle a un retard de 3 mois. L'examen montre des signes sympathiques de grossesse du côté des seins. Le Douglas est rempli et l'utérus est augmenté de volume. Le diagnostic de grossesse tubaire rompue est porté.

Opération : laparotomie médiane sous-ombilicale.

A gauche : Fœtus mâle de 13 cm. de long.

A droite : 2 fœtus de 13 cm. reliés par 2 cordons à un placenta unique. Suites normales, guérison.

10) RABINOVITCH (Observation XVI, in *Thèse Sauvé*).

Mme Ch..., 25 ans, nullipare. Opérée d'urgence avec le diagnostic de grossesse tubaire rompue.

A gauche : Trompe rompue qui saigne, caillots noirâtres avec un embryon de 6 semaines.

A droite : Trompe adhérente avec cavité couleur mastic brun où l'on trouve encastré un embryon dont la tête est séparée du reste du corps, même âge.

Telles sont donc les observations où la bilatéralité a été reconnue d'une façon indiscutable par la constatation dans chaque trompe soit d'un fœtus, soit de villosités choriales. Examinons maintenant les cas où il y a simplement probabilité et discussion possible, aucun examen de laboratoire n'ayant été pratiqué.

b) Observations discutables

Obs. 1 (*due à l'obligeance du D^r Billard*).

Mlle G..., 21 ans, est amenée à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine le 10 mai 1923 où elle est reçue d'urgence avec le diagnostic de rupture de grossesse ectopique.

Cette jeune femme avait présenté une dizaine de jours avant une douleur abdominale violente avec nausées et état syncopal. Puis tout était rentré dans l'ordre sous l'influence du repos. Cette malade n'avait pas voulu consulter son médecin, car elle croyait sa grossesse normale. Cet incident avait été mis sur le compte de manœuvres abortives qu'elle avait tentées.

A l'examen le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue fut confirmé et l'opération pratiquée d'urgence.

On trouve en effet :

a) Du côté droit : Une trompe rompue à l'union de son 1/3 externe et de son 1/3 moyen.

b) Du côté gauche il existait un hématosalpinx fissuré avec des caillots organisés : Le tout adhérent aux anses intestinales voisines.

La douleur ressentie une dizaine de jours auparavant répondait vraisemblablement à la fissure partielle de cette trompe, peut-être sous l'influence de la tentative d'avortement.

Etant données les lésions on fit une hystérectomie subtotale avec large drainage (la température était de 38°6) La guérison se fit en un mois sans incident.

Les pièces ne furent pas examinées histologiquement.

Obs. 2 (*due à l'obligeance du D^r Guimbellot*).

Suzanne G., 26 ans entre à l'Hôtel-Dieu le 3 avril 1924 avec le diagnostic de salpingite.

Dans les antécédents personnels on note l'existence de 2 grossesses antérieures utérines et normales.

La malade est opérée le 30 avril 1924. On pratique une laparotomie sous-ombilicale. On libère l'épiploon adhérent aux organes pelviens. Dans le cul-de-sac de Douglas se trouve une masse du volume d'un gros poing qui contient un fœtus de 10 à 12 centimètres de long environ. Il semble qu'il s'agisse d'une grossesse abdominale secondaire résultant soit d'un avortement tubaire, soit d'une rupture de la trompe gauche dont la forme extérieure est anormale.

D'autre part, la trompe droite a acquis le volume d'un très gros œuf de poule. Elle est rompue et elle contient une masse de caillots sanguins. Il semble s'agir aussi de ce côté d'une grossesse tubaire.

Hystérectomie sub-totale avec ablation bilatérale des annexes. Paroi fermée par un triple plan péritonéal musculo-aponévrotique et cutané aux catguts et aux crins. Guérison.

Obs. 3 (*due à l'obligeance du Dr Guimbellot*).

Lucie S..., âgée de 29 ans. opérée le 25 septembre 1919 à l'Hôpital Boucicaut pour grossesse tubaire droite.

a) A droite : Trompe gravide ;

b) A gauche : Hématosalpinx.

Hystérectomie sub-totale avec ablation bilatérale des annexes. Guérison.

DAVIDSHON (*Charlottenbourg Muenchener Medizinische Wochenschr.*, 16 janv. 1912).

Cas d'une femme de 30 ans ayant déjà eu deux grossesses et une fausse couche.

Opérée pour grossesse tubaire utérine rompue.

L'examen anatomique des pièces a montré qu'il y avait rupture de la trompe droite gravide et avortement interne simple sans rupture à gauche.

Dans ce cas l'auteur fit la conservation des deux côtés en ne réséquant qu'une partie des trompes.

La femme mourut de péritonite le 9^e jour, faisant ainsi regretter la technique qui a laissé une cause d'infection.

JACCA : 1 cas déc. 1913. Nous n'avons pu retrouver l'observation.

BARTHÉLÉMY et VAUTRIN : (*Bul. d'Obst. et Gyn.*, 1912) : Grossesse tubaire bilatérale, guérison spontanée. Hématocèle droite. Tumeur tubaire gauche qui paraît devoir être attribuée à une 2^e grossesse.

RAMADIER (*Soc. Anatomique de Paris*, 1921) : Grossesse tubaire droite rompue. Hématosalpinx à gauche.

L'examen clinique ne montre pas de villosités choriales à gauche.

GUILLEMIN (*Revue Médicale de l'Est*, 1923) :

Grossesses tubaires simultanées mais non contemporaines femme de 20 ans, nullipare, entrée à l'hôpital pour douleurs dans fosse iliaque gauche.

Après examen on porte le diagnostic de grossesse tubaire gauche. La malade est mise en observation pendant un certain temps, mais, comme le kyste fœtal n'a aucune tendance à se résorber, on intervient.

A gauche : Trompe très dilatée, sinueuse et violacée, avec un embryon.

A droite : Trompe moitié moins volumineuse, mais dans les manipulations pour inclure la trompe, celle-ci a éclaté, s'est vidée de son contenu et on n'a pu faire de coupes.

L'auteur conclut en une grossesse ectopique, développée dans chacune des trompes, mais la grossesse ampullaire gauche est plus ancienne que la droite.

POLAK (*Brooklyn medical Journal*, 1904) :

Double grossesse ectopique : rupture intra-péritonéale
femme de 36 ans, II pare.

Le 1^{er} mars 1904 douleurs violentes et soudaines dans le
côté gauche du ventre.

Quelques heures plus tard nouvelle douleur intense du
côté droit, état de collapsus, contraction générale de l'abdo-
men, pouls 120.

Opération, laparotomie.

a) A gauche : Grossesse interstitielle avec rupture intra-
péritonéale ;

b) A droite : Grossesse occupant la partie libre de la trompe
également rompue dans l'abdomen.

Ablation des ovaires, mort le lendemain.

Enfin M. Aigrot présente 4 cas de grossesses tubaires doubles
(*Lyon chirurgical*, 1924). Nous avons relevé les 2 observations
les plus probantes, sans toutefois les mettre avec les faits
indiscutables car l'examen histologique n'a pas été fait.

Obs. I. — Ch... Marthe, 28 ans, pas d'enfant, retard de
règles de un mois. Quelques douleurs dans le bas-ventre,
pertes couleur confiture de mûres.

Le 8 mars 1923 : douleur syncopale dans le bas-ventre.

Pouls filant 140. Toucher douloureux.

Intervention : laparotomie sous-ombilicale.

A droite : Grossesse tubaire rompue.

A gauche : Trompe non rompue, un œuf.

L... Jeanne, 34 ans, mariée depuis 12 ans, pas d'enfant.
Souffre du bas-ventre depuis trois semaines avec pertes
caractéristiques.

Prise de syncope, pouls à 120. Toucher très douloureux.
On porte le diagnostic de rupture et on intervient. L'aspect
noirâtre du péritoine confirme le diagnostic de grossesse
tubaire rompue. 1 litre 5 de sang environ.

A droite : Trompe rompue avec caillots.

A gauche : Trompe avec un œuf.

Le nombre de ces observations est donc relativement restreint, il est néanmoins suffisant pour établir grâce à cinq de nos observations contrôlées histologiquement, la réalité indiscutable des grossesses tubaires bilatérales et coexistantes. De sorte que nous sommes maintenant en possession d'un certain nombre de cas rares mais réels dont l'existence ne saurait être mise en doute. Nous pouvons donc pousser plus loin notre étude et nous demander quelles peuvent être les causes de faits aussi curieux ?

Nous allons voir que ces causes, si tant est qu'elles soient connues, sont bien difficiles à analyser, en effet, s'il est permis d'expliquer dans une certaine mesure les conditions de formation d'une grossesse tubaire simple par des altérations pathologiques unilatérales, il est bien plus malaisé de comprendre la formation de la grossesse ectopique bilatérale. Il semble que l'on soit obligé d'admettre en fait une disposition spéciale des trompes ou des altérations portant sur les deux oviductes à la fois. Oui, mais alors, de quelle origine sont ces modifications bilatérales ?

Sont-ce des déformations symétriques d'origine congénitale ?

Sont-ce au contraire des lésions bilatérales acquises ? Ou bien devons-nous admettre plutôt ou en même temps que les deux causes précédentes des troubles physiologiques propres à certains individus ?

ETIOLOGIE

Examinons la I^{re} hypothèse. Il semble bien que des malformations congénitales symétriques puissent expliquer l'existence de certains cas de grossesses tubaires bilatérales. En effet, on conçoit très bien qu'un spermatozoïde puisse franchir un rétrécissement tubaire trop serré pour livrer passage à l'ovule et à plus forte raison à l'œuf ; de sorte que l'ovule fécondé, arrêté dans sa migration, se développera au dépens de l'endothélium tubaire ;

De même une trompe trop longue peut être considérée comme une prédisposition à la grossesse tubaire. Ces altérations congénitales bilatérales semblent donc pouvoir, dans certains cas, constituer une explication satisfaisante pour l'esprit. En est-il de même pour les lésions symétriques acquises ?

De nombreux auteurs se sont ralliés à cette opinion : lésions acquises siégeant soit à l'intérieur, soit à l'extérieur de la trompe, lésions microscopiques, chutes des cils, lésions de sclérosé des trompes. La salpingite desquamative fut longtemps admise, plus récemment l'endo salpingite gonococcique a été incriminée, mais chose curieuse, la plupart de nos observations ne révè-

lent aucun passé génital pathologique. Tainturier, dans sa thèse, soutient au contraire ce fait qui semble paradoxal qu'une muqueuse saine court plus de dangers qu'une muqueuse malade. Pinard en 1897 (Thèse Porquey), rapportait que sur 20 femmes faisant une grossesse ectopique il ne trouvait qu'une pelvi-péritonite et deux métrites légères. D'autre part l'examen histologique de la trompe gravide ne décèle aucune lésion de salpingite quand l'examen est fait avec un œuf vivant ou mort depuis peu, mais seulement des modifications d'ordre physiologique (Couvelaire).

On pourrait comprendre en effet qu'une insuffisance de liquide séreux contenu dans la vésicule de De Graff puisse abolir le courant qui entraîne l'ovule vers l'ostium abdominale et l'oviducte. Cette hypothèse cependant semble contredite par certains faits d'ordre expérimental, certains auteurs en effet ont soutenu que l'abondance de liquide séreux permettrait à l'ovule de cheminer d'un ovaire à la trompe du côté opposé par un processus de migration externe de l'ovule bien mis en évidence par les recherches expérimentales de Bruzzi (Thèse Milan, 1884).

Tels sont donc les trois ordres de causes qui ont été signalées par la plupart des auteurs. En réalité aucune de ces causes ne semble jouer un rôle nettement prépondérant dans la formation des grossesses tubaires bilatérales. L'étiologie est obscure, il faudrait admettre, semble-t-il, que lorsque la muqueuse d'une trompe possède la faculté de fixer un œuf, la muqueuse de la 2^e trompe possède la même faculté ?

Enfin nous avons constaté que la grossesse extra-utérine était l'apanage des femmes qui avaient eu de nombreuses gestations et dont la vie génitale était arrivée à son déclin. Exceptionnelle avant 20 ans la grossesse extra-utérine survient surtout chez des femmes d'âge moyen et sa plus grande fréquence serait de la 30^e à la 35^e année. Ce chiffre est intéressant à retenir en ce sens qu'à cet âge avancé de la vie génitale la possibilité d'une altération antérieure des trompes est plus grande. Nous avons d'ailleurs relevé l'âge des femmes de nos observations personnelles et des cas signalés dans le travail de Jayle et Naudiot.

Cette statistique comporte exclusivement des cas de grossesses tubaires bilatérales. L'ensemble porte sur 34 cas et donne comme résultats :

de 20 à 25 ans.	2 cas
de 25 à 30 ans.	10 cas
de 30 à 35 ans.	14 cas (41 %)
de 35 à 40 ans.	6 cas
de 40 à 45 ans.	2 cas

Nous avons pu vérifier en outre que la plupart des malades atteintes de grossesse extra-utérine sont des multipares et qu'elles ont présenté avant leur grossesse ectopique une période de « non fécondation » assez longue. Les statistiques de Jacobs et de Tainturier nous donnent :

Jacobs sur 82 cas, 56 multipares, 26 nullipares.

Tainturier sur 129 cas, 94 multipares, 35 nullipares.

Personnellement sur 32 observations analysées nous avons obtenu les résultats suivants :

27 multipares, 5 nullipares, soit 84 %.

Nous dirons donc pour conclure comme MM. J. L. Faure et Siredey dans leur *Traité de Gynécologie* : « Les causes qui déterminent le développement de l'ovule fécondé en un lieu anormal sont inconnues. Sans aucun doute, les salpingites anciennes, les inflammations tubaires, la desquamation de l'épithélium et la perte de ses cils, le rétrécissement inflammatoire de l'ostium uterinum en sont la cause la plus commune. Mais on a souvent trouvé la trompe intacte et peut-être ne faut-il voir souvent, dans cet arrêt de l'ovule en un point anormal, que l'effet de causes fortuites. Peut-être doit-on invoquer également certaines prédispositions anatomiques et physiologiques. » Nous ne retiendrons de nos recherches que l'influence de l'âge et de la multiparité nettement mise en relief par nos statistiques.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous ne rappellerons ici que les lésions macroscopiques, ce que l'on trouve le ventre ouvert dans un cas de grossesse tubaire bilatérale. Nous laisserons de côté les lésions microscopiques ne voulant pas entrer dans le détail intime des pièces enlevées, travail qui serait trop long pour cet ouvrage.

S'il est facile de repérer la trompe qui saigne il est difficile de la situer. En général la trompe est déchiquetée, perdue dans un amas de caillots que l'on retire « à pleines mains ». L'autre trompe montrera une dilatation kystique de volume variable suivant l'âge de la grossesse, proéminent dans la cavité abdominale, libre ou fixée par des adhérences aux organes voisins. Très souvent le kyste fœtal est pédiculé et en incisant ce kyste on trouve parfois du liquide transparent avec un embryon ou des débris d'œuf, plus souvent des caillots plus ou moins récents et stratifiés sans embryon ou avec des traces d'embryon. Enfin ce kyste peut être en voie de fissuration ou non.

La rupture siège le plus souvent à la partie moyenne de la trompe où tout près de l'utérus. Elle peut se faire

différemment. Pour Labhart la rupture des deux trompes se fait au même moment. Pour Launay et Séguinot la rupture de la trompe droite s'est faite 3 semaines avant celle de la trompe gauche. Dans notre cas personnel c'est la trompe droite qui s'est rompue la première et a amené l'intervention. Il semble qu'une prédisposition veuille que ce soit la trompe droite qui se rompe la première. En examinant nos observations et en nous basant sur 10 cas où la trompe s'est rompue on trouve que la rupture s'est faite 7 fois à droite, une fois seulement à gauche et deux fois simultanément (cas de Labhart et de Polak).

La position des grossesses dans les trompes est la même que dans la grossesse tubaire simple. Elles peuvent être isthmiques, ampullaires ou tubo-ovariennes. La grossesse enfin peut-être infundibulaire dans une trompe et ampillaire dans l'autre. Le début des deux grossesses peut se faire à la même époque ou à une époque légèrement différente. Presque toujours il y a une 1^{re} grossesse dans une trompe, le produit de conception meurt et s'arrête dans son développement. Puis au bout d'un intervalle plus ou moins long il se produit une nouvelle grossesse dans la trompe opposée. Comme le dit Launay il y a bilatéralité, mais pas simultanéité.

Cette simultanéité est exceptionnelle.

Dans la thèse de Sauvé qui rapporte quatre cas, deux d'entre eux ont évolué à des époques différentes. La première n'a pas nécessité d'opération immédiate et l'œuf plus ou moins altéré a été retrouvé au cours de la laparotomie nécessitée par la deuxième. Ces deux cas

rentrent donc dans ceux de récidence banale. Dans les deux autres cas les deux grossesses paraissent avoir évolué simultanément ou à peu près. On ne trouve qu'une seule crise ou rupture et dans l'observation de Polak les douleurs sont nettement signalées des deux côtés à la fois. D'ailleurs la laparotomie dans ces deux cas montre des grossesses du même âge, la fécondation étant effectuée en même temps ou à peu près. Dans le cas de M^e Galla les deux grossesses étaient du même âge, dans celui de Noble celle de droite datait de 8 à 10 semaines, celle de gauche de 4 semaines, dans l'observation de Burford elles avaient toutes les deux le même âge, huit semaines, l'auteur se basant sur la longueur des fœtus qui mesuraient réciproquement 38 et 41 millimètres. Enfin dans celle de Guillemain la grossesse gauche semblait sensiblement plus ancienne que la droite. Jayle et Naudiot n'ont observé que deux cas où les embryons semblaient être conservés presque intacts et où ils ont été conçus à des époques très rapprochées l'une de l'autre et peu éloignées également de l'époque d'intervention.

Dans le cas signalé par Launay et Séguinot il y avait grossesse simultanée dans les deux trompes et grossesse gémellaire dans la trompe droite. La grossesse droite avait évolué avec le tableau clinique d'une appendicite avec plastron, la malade étant soignée pour appendicite jusqu'au moment où s'était produite la rupture de la trompe gauche.

Donc, en général, presque toujours la greffe tubaire d'un œuf a précédé l'autre.

La conception se fait simultanément dans les deux trompes, c'est rare ; elle a lieu à une époque différente ou très rapprochée, c'est le cas le plus fréquent.

Ainsi la simultanéité est l'exception (ce fait ne s'est produit que dans le cas de Polak-Benford Mac Galla, Launay et Séguinot, Pélissier).

Au point de vue pathogénie on s'explique facilement cette rareté des grossesses simultanées. Il faut d'une part : fécondation de deux ovules, d'autre part, lésions bilatérales soit acquises, soit congénitales comme nous l'avons l'avons déjà vu.

Dans l'immense majorité des cas, le produit de conception meurt d'une façon précoce. Il se produit de petites hémorragies ou des apoplexies ovulaires. Ou bien, c'est l'avortement tubaire en plusieurs temps avec une hématoçèle rétro-utérine, ou bien c'est la rupture tubaire qui commande l'intervention.

Nous regrettons que dans notre cas personnel nous n'ayons trouvé que des trompes tapissées de villosités choriales. Il eut été plus démonstratif de trouver un ou deux fœtus couchés dans leur nid ou appendus à la trompe, mais ces cas sont rares. Cheval, dans son observation à la Société Belge de Gynécologie rapportée par Pélissier, dit que la présence du fœtus dans la trompe ne survient que dans 18 % des cas.

Sur les 29 cas de Jayle et Naudiot on n'en trouve que 10 où l'on ait observé un fœtus à la fois à droite et à gauche. Dans les autres observations on a rencontré soit un fœtus et ses enveloppes, soit tous les éléments

d'une grossesse ayant évolué d'une façon nette dans les deux trompes.

Comme nous le voyons la grossesse tubaire double et simultanée est très rare en ce sens que nous n'avons pu trouver aucun cas où deux embryons extra-utérins ont pu évoluer et vivre simultanément. Dans tous les cas il semble que l'un d'eux soit mort lors de la fécondation nouvelle. Nous avons pensé que notre cas pouvait être interprété comme ayant eu deux embryons extra-utérins vivant à la même époque. Malheureusement, nous ne pouvons le prouver, car ils étaient très peu développés. Il semble cependant que le fait soit possible.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

« Quand on se trouve en présence de 2 tumeurs latéro-utérines, disent Jayle et Naudiot, il semble qu'avec les phénomènes sympathiques de grossesse il soit possible de faire le diagnostic de grossesse bilatérale, mais en présence des signes observés on ne songe pas d'abord à ce diagnostic et ensuite y songerait-on, il est probable qu'on n'émettrait le diagnostic exact qu'à titre d'hypothèse ».

En effet le diagnostic de la grossesse tubaire bilatérale et simultanée est impossible à faire cliniquement.

Le plus souvent deux cas se présentent.

a) C'est l'histoire clinique d'une grossesse ectopique plus ou moins typique.

C'est une femme qui arrive avec des phénomènes cataclysmiques. Nous n'insisterons pas sur le syndrome de perforation de rupture tubaire qui est classique, car c'est l'intervention d'urgence et c'est seulement le ventre ouvert que l'on se trouve en présence de deux grossesses ectopiques (cas de la 1^{re} observation).

Ou bien c'est une femme qui vient consulter pour des symptômes de grossesse : retard de règles, qui peut

aller de quelques jours à quelques semaines, augmentation de volume des seins, troubles digestifs et nerveux.

Mais à ces signes communs de grossesse utérine se sont ajoutés ces symptômes propres à la grossesse ectopique :

Ce sont des douleurs syncopales traduisant l'apoplexie ovulaire et la distension tubaire, à localisation latérale et dans les cas de grossesse ectopique double, bilatérale.

La pâleur de la face, la petitesse du pouls, les hypotimies et les syncopes qui coïncident avec elles témoignent de l'épanchement sanguin qui se fait dans la cavité abdominale sous forme d'avortement tubaire, d'hématosalpinx, de rupture d'hématocèle.

A l'examen physique on trouve :

Une tumeur bombant d'un côté que l'on interprète comme la trompe gravide, l'autre tumeur passant inaperçue ou donnant lieu à une interprétation erronée (hydrosalpinx, petit kyste de l'ovaire, petit nodule salpingien).

b) C'est l'histoire clinique d'une grossesse ectopique extrêmement confuse.

Et le diagnostic passe inaperçu pour le clinicien qui trouvant à l'examen physique les 2 masses latéro-utérines les interprète comme deux kystes de l'ovaire et le plus souvent comme deux salpingites étant donné la fréquence et la douleur de la masse perçue.

Certains auteurs (Launay et Séguinot, Legueu) ont signalé la difficulté de diagnostic avec un syndrome

appendiculaire. La grossesse tubaire évoluant avec le tableau clinique d'une appendicite avec plastron. Ce fait est assez rare cependant, mais nous avons tenu à le signaler d'abord parce que nous relatons ce syndrome dans nos observations, ensuite pour bien montrer la grande difficulté du diagnostic dans ces cas de grossesse tubaire bilatérale.

En pratique on peut donc dire que le diagnostic clinique de gestation ectopique double est impossible.

C'est un diagnostic d'intervention que l'on ne peut faire que le ventre ouvert, mais là encore est-il bon d'admettre le diagnostic avec une certaine circonspection.

En effet, il peut exister au niveau de la trompe, des hématomes sans grossesse coexistant avec une gestation ectopique unilatérale et qui, à un premier examen, pourrait en imposer pour une grossesse ectopique double.

Nous posons donc en principe que pour admettre d'une façon absolue une gestation ectopique double, il faut trouver dans chaque trompe des villosités chorionales à l'examen histologique des pièces enlevées.

C'est le seul signe qui permettra de poser d'une façon certaine le diagnostic de grossesse extra-utérine bilatérale et simultanée.

TRAITEMENT

Il est admis actuellement que toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention.

On est appelé, en général, à opérer :

1° Soit pour une erreur de diagnostic et l'erreur la plus souvent commise est la confusion avec une salpingite bilatérale ;

Les choses se passent de la façon suivante. On fait le diagnostic de salpingite double. Celle-ci est mise au repos et à la glace mais au lieu de constater une diminution des symptômes et des tumeurs latérales les deux masses augmentent de volume si bien que redoutant une rupture de ces masses que l'on a prises à tort pour des pyo-salpinx (car douleur et température) on opère et ce n'est qu'à l'intervention que l'on se trouve en présence d'une grossesse ectopique double.

2° Soit pour un diagnostic incomplet.

Ici on a fait le diagnostic de grossesse ectopique simple. Il s'agissait d'une femme qui présentait un début de grossesse douloureuse, douleur à type syncopale, pertes noirâtres et avec des débris de caillots. C'était l'histoire clinique d'une gestation ectopique simple, mais étant donné sa rareté on n'a pas pensé à sa bilatéralité.

La masse perçue du côté opposé est interprétée d'une façon erronée : on pense à un kyste de l'ovaire.

L'indication opératoire étant absolue, on opère et ce n'est que le ventre ouvert que l'on fait le diagnostic de bilatéralité. On trouve deux masses tubaires au lieu d'une.

De ce fait l'intervention se complique.

Dans la règle le traitement de base fondamental de la grossesse ectopique bilatérale et coexistante est l'hystérectomie subtotala avec ou sans drainage suivant que le cas paraît ou non infecté.

Toutefois lorsqu'il s'agit d'une femme très jeune, nulle, il est vraiment pénible pour le chirurgien d'en arriver à cette solution. Si bien souvent celle-ci est la seule possible il y a peut-être des cas où l'on pourrait essayer de sauvegarder plus ou moins largement l'appareil génital de la jeune malade.

On peut discuter d'abord l'hystérectomie fundique qui permet de conserver au moins un ovaire et une partie de l'utérus. Ainsi les troubles de carence de la sécrétion ovarienne sont très diminués ou même supprimés et cela est déjà appréciable.

On peut dans quelques cas heureux faire mieux encore.

Si l'on a affaire à 2 gestations ampullaires on peut tenter de garder l'utérus et une partie de l'une des trompes après ablation du sac fœtal réalisant de la sorte une véritable salpingostomie avec conservation d'un ovaire. Tout espoir de maternité, s'il reste improbable, n'est du moins pas complètement supprimé.

Mais là encore il faut être très prudent. Cette opération conservatrice a été tentée comme le montre une de nos observations par Davidshon et les suites en ont été désastreuses. Il faut à notre avis pour qu'elle soit réalisable ne conserver qu'une trompe, celle opposée au côté rompu et encore si la rupture s'est produite récemment afin qu'il y ait le minimum de chances d'infection.

QUE CONCLURE DE NOTRE ÉTUDE ?

Certes elle laisse de nombreux points en suspens. Mais nous avons voulu montrer simplement combien la grossesse ectopique bilatérale et coexistante était rare. Nous avons fait ressortir cette rareté en insistant sur ce point que, seules devaient être considérées comme valables les observations dans lesquelles on rapporte le résultat d'un examen histologique des deux trompes ou la constatation macroscopique d'un fœtus dans chaque trompe.

Au point de vue étiologique nous avons reconnu qu'il était bien difficile de découvrir une seule cause jouant dans tous les cas et nous avons admis la possibilité de facteurs multiples, congénitaux et acquis. Nous avons montré que le diagnostic clinique n'était jamais fait et qu'il constituait une surprise opératoire.

Quant au traitement, nous nous rallions à l'opinion de Werth rapportée dans la « Gynécologie de Mess. J. L. Faure et Siredey. « Toute grossesse ectopique, a dit Werth, doit être considérée comme une tumeur maligne et traitée comme telle ». Ce précepte catégo-

rique s'il peut susciter quelques restrictions dans le cas d'une grossesse tubaire unilatérale mérite d'être érigé en une loi formelle lorsqu'il s'agit de grossesse tubaire bilatérale. Il faut donc opérer au plus tôt. Mais comment ? Procéder comme s'il s'agissait d'une salpingite kystique bilatérale ? Mais il faudrait souvent tenir compte de l'adhérence plus ou moins intime des tumeurs aux organes voisins, à leur vascularité plus grande, à la pédiculisation parfois moins facile. Aussi ces interventions ne peuvent être qu'exceptionnelles. L'hystérectomie subtotala reste le seul traitement de base. Elle sera parfois imposée par les difficultés techniques spéciales contre-indiquant d'une façon absolue la salpingostomie : c'est le cas de la grossesse interstielle où l'hémostase sans hystérectomie serait difficilement réalisée.

Vu, le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu, le Président de la thèse,
FAURE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

AIGROT. — 4 cas de grossesse tubaire double (*Lyon chirurgical*, 1924).

BARRET. — Quelques points cliniques et thérapeutiques de la grossesse extra-utérine (*Th. Paris*, 1927).

BARTHÉLÉMY et VAUTRIN. — Grossesse tubaire bilatérale (*Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1912).

BIANCLIN. — Ann d'obst., juin 1927.

BUNFORD. — Grossesse ectopique simultanée dans les 2 trompes (*Médec. Press and circulair*, 1905).

COUVELAIRE. — Etudes anatomiques sur les grossesses tubaires (*Th. Paris*, 1901).

CHANDLER. — Grossesse extra-utérine double (*New-York Medical Journal*, 1903).

M. CHEVAL (cité par Pellissier). — Société Belge de Gyn. et Obst., 4 octobre 1913.

COTTE. — Sur l'étiologie et le traitement des grossesses tubaires (*Lyon chirurgical*, 1922).

DEMELIN et DEVRAIGNE. — Manuel de l'Accoucheur (dernière édition).

DUBOUCHER. — Sur le traitement des grossesses tubaires doubles (*B. de Soc. Obst. et Gyn.*, n° 3, 1925).

EARDLEY HOLLAND. — J. of. Gyn. and obst. of the British Empire, décembre 1912.

J. L. FAURE et SIREDEY. — Gynécologie.

GUILLEMIN. — Grossesse tubaire simultanée mais non contemporaine (*Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1922).

JAYLE et NAUDIOT. — 29 observations de grossesses tu-

baires bilatérales (*Rev. Gyn. et Chirurg. Abd.*, 1904, p. 193).

FUNK-BRENTANO. — Des grossesses utérines survenant après la grossesse extra-utérine (*Th. Paris*, 1898).

FILHOULAUD. — Grossesses bilatérales récidivantes (*Th. Paris*, 1907).

KRISTINES. — *Revue Gyn. et chirurg. abd.*, 1903, p. 176.

LABHART. — *Beitrag Geburtshilfe und Gynécologie* 1909 (7 cas).

LAUNAY et SÉGUINOT. — Etude sur les gros. tub. bilat. et simultanées (*Rev. de chirurgie*, 1911).

LEŒUEU. — Diagnostic entre grossesse extra-utérine rompue et appendicite (*Société de chirurgie*, Paris, 1902).

M. GALLA. — *Surg. Gyn. and Obst.*, 1909, n° 3.

NOBLE. — Double grossesse ectopique : des 2 côtés rupture (*American J. of obst.*, 1901, 1^{er} semestre).

PAGUY. — Des grossesses développées dans les trompes saines (*Th. Paris*, 1907).

POLAK. — Double grossesse ectopique (*Brooklyn Medical Journal*, 1904).

POZZI. — *Traité de chirurgie*, 1907.

PELLISSIER. — *Echo Médical du Nord*, Lille, 1914.

RAMADIER. — *Société anatomique de Paris*, novembre 1921.

SAUVÉ. — Grossesses tubaires bilat. success. et simultanées (*Th. Paris*, 1906).

SENS. — Etude critique de 89 observations de récurrence de grossesse ectopique (*Th. Paris*, 1901).

TAINTURIER. — Etiologie des grossesses extra-utérines (*Th. Paris*, 1895).

TERMINSON COLLIUS. — *Société Royale de Médecine de Londres*, 6 juin, 1912.

TILLY GUDDEN. — (Kiel) 1 cas sur 423 gros. extra-utérine.

VARNIER. — *Annales de Gynécologie*, 1901.

WILSON. — *Australia Méd. Gaz.*, Sydney, 1920.

